

預立醫囑（生前遺囑）

全名：

醫療紀錄號碼：

出生日期：

/ /

預立醫囑於下列日期完成

_____，_____年。

(年)

本人_____ 心智健全，出於自願表明本人不希望在下述情況下以人工方式延後本人死亡時間的意願，並特此聲明：

(A) 如果在任何時候本人的主治醫生證明本人患有無法治癒和不可逆轉的疾病，且採用維持生命處理只會人為延長本人的死亡過程，本人要求停止或撤銷這種處理方式，讓本人自然死亡。本人理解「末期疾病」是指由傷害、病症或疾病所引起之無法治癒和不可逆轉的狀況，在合理的醫學判斷下，根據公認的醫療標準，在合理的時間內會導致死亡。

(B) 如果本人處於不可逆轉的昏迷或持續植物人狀態，或經兩名醫生證明處於其他永久失去意識的狀態，並且這些醫生認為本人沒有合理的康復可能性，本人要求停止或撤銷維持生命處理方式。

(C) 如果本人被診斷出處於末期或永久失去意識狀態，[選擇一項]

我想要以人工方式補充營養和水份。

我不想要以人工方式補充營養和水份。

我理解在某些情況下，以人工方式補充營養和水份是一種維持生命處理的形式。本人要求所有照顧我的保健業者遵守此醫囑。

(D) 在本人無法就使用此類維持生命處理做出醫囑的情況下，本人希望本人的家人、醫生和其他保健業者遵守此醫囑，這是本人拒絕接受此類醫療或手術治療的最終基本權利表示，並由任何獲指定的人士依據醫療護理延期生效授權委託書或其他文件落實本人的意願表示。本人接受拒絕的後果。

(E) 如果本人被診斷出懷孕，且本人的醫生知道該診斷，則此醫囑在本人懷孕期間將沒有效力或影響。

(F) 本人理解此醫囑的全部重要性，且本人是在情緒穩定、神智清楚的情況下擬定此醫囑。本人也明白本人可以隨時修改或撤銷此醫囑。

(G) 本人對自己的護理事宜加註以下指示：

我的簽名和公證人或兩位見證人簽名（下一頁必備）

全名：

醫療紀錄號碼：

出生日期：

/ /

兩名證人或公證人必須看著本人簽署此表格，表格才具備法律效力。

我的簽名：

證人或公證人要求

若無見證人簽名或公證，此表格便不具有法律效力。

選項1：兩名見證人

證人要求：

- 必須至少年滿 18 歲且具備法定資格。
- 不能與您或您的保健業者有親屬關係（血緣關係、婚姻關係或州註冊同居伴侶關係）。
- 不能是您的居家護理業者或您居住的成人家庭之家或長期護理設施的護理業者。
- 不能是在醫囑執行時聲明人去世後對聲明人遺產的任何部分提出主張的任何人。

見證人宣誓：本人聲明，本人符合擔任證人的規定。

見證人 #1 簽名：

日期：

正楷簽名：

見證人 #2 簽名：

日期：

正楷簽名：

選項2：公證人

華盛頓州

)

)

郡

)

這份記錄於下列日期在本人面前得到確認

:

見證人(姓名)：

簽名：

標題：

到期日：

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

這種法定形式是許多公開版本中的其中一種。它並非法律建議。

如有問題或需要幫助，請諮詢您的法律顧問。(08-2021)